

WOJCIECH PĘDICH

Akademia Medyczna w Białymstoku

Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

POSTULATY POLSKIEGO TOWARZYSTWA GERONTOLOGICZNEGO DOTYCZĄCE OPIEKI NAD LUDŹMI STARYMI W REFORMOWANYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE*

WPROWADZENIE

Procesy starzenia się ludności obserwowane w Europie Zachodniej dotyczą także, choć w mniejszym stopniu Polski i krajów Europy Środkowej [Szukalski, 1998]. Miarą **starzenia się demograficznego** jest przede wszystkim odsetek osób starych w populacji. Odsetek osób w wieku ponad 64 lat w Polsce, który w roku 1950 wynosił 5,3% - stopniowo wzrasta i w roku 1998 wyniósł 11,9% [GUS, 1997]. Prognozy demograficzne przewidują, że w roku 2020 odsetek osób po 65 roku życia w Polsce osiągnie około 15,9%.

Odsetek osób w wieku 65 i więcej lat jest zróżnicowany w poszczególnych regionach Polski: przykładowo w 1996 r. wynosił w województwie łódzkim 14,8% zaś w województwie legnickim jedynie 8,7% [GUS, 1997]. Jeszcze większe różnice dotyczą środowisk wiejskich i tak w województwie podlaskim odsetek osób w wieku 65 i więcej lat wynosi obecnie 15,4%, przy czym w należącej do tego województwa gminie Narew 27,4%, z kolei w należącej do tej gminy wsi Trześcianka 45,9%, a we wsi Soce 54,7%. Liczby te wskazują, że dane statystyczne odnoszące się do całego kraju, a nawet dane dotyczące jednego województwa nie są właściwym odzwierciedleniem sytuacji demograficznej mniejszych środowisk. W Polsce, analogicznie do innych krajów Europy, występuje przewaga liczbową starszych kobiet w stosunku do mężczyzn; wśród osób w wieku 65–69 lat na 100 mężczyzn przypadają 134 kobiety, zaś w wieku 85 i więcej lat 261 kobiet [GUS, 1997].

W okresie ostatnich 100 lat znacznemu wydłużeniu uległa także **średnia długość życia**; w Europie wynosi ona obecnie ok. 80 lat dla kobiet i 75 lat dla mężczyzn. Na średnią długość życia wpływają warunki środowiskowe, sprawność ochrony zdrowia i opieki socjalnej oraz pewne cechy regionalne. Wydłużenie trwania życia przejawia się m.in. przesunięciem częstości zgonów na coraz późniejszy wiek. Szacuje się, że obecnie około 80% zgonów dotyczy osób powyżej 65 roku życia, a w tym ponad połowę stanowią zgony osób w wieku 80 więcej lat [Pędich, Halicka, 1995]. Dzięki tablicom trwania życia można określić **oczekiwaną długość dalszego trwania życia** osób 60-letnich, która w Polsce wynosi: dla kobiet 20,8 roku, dla mężczyzn 16,1 roku [GUS, 1999]. Zwraca uwagę niemal 5-letnia różnica oczekiwanej długości życia 60-letnich kobiet w stosunku do mężczyzn.

Przedstawiona powyżej sytuacja demograficzna ma istotny wpływ na stan zdrowia osób starych oraz na potrzeby dotyczące opieki zdrowotnej nad tą grupą ludności.

* wg referatu przedstawionego 28 marca 2000 r. na posiedzeniu Komisji Rodziny Sejmu RP

STAROŚĆ I JEJ NASTĘPSTWA

W rozważaniach dotyczących szczególnie zjawisk biologicznych, związanych z procesami starzenia się, nieodzowne jest ściśle zdefiniowanie używanych pojęć. **Starzenie się** jest to naturalny, długotrwały i nieodwracalny proces fizjologiczny, zachodzący w osobniczym rozwoju żywych organizmów, w tym także człowieka. Starzenie się ma charakter dynamiczny, może ulegać przyspieszaniu i zwalnianiu. W procesie starzenia występują złożone uwarunkowania genetyczne, biologiczne i środowiskowe. W przeciwieństwie do starzenia się **starość** ma charakter statyczny i oznacza końcowy okres życia. Początek starości określany jest umownie, zależnie od celów. W zastosowaniu do badań biologicznych za początek starości przyjmuje się 60 lub 65 rok życia. Dla celów demograficznych i społeczno-ekonomicznych starość bywa utożsamiana z pojęciem wieku emerytalnego. Synonimami pojęcia starość są: **wiek starczy** lub **wiek starszy** oraz **wiek trzeci**. Określenia te są mało precyzyjne i mają na celu w sposób „łagodny” określać starość.

Podokresy wieku starszego. Zarówno bieg czasu, jak i zachodzące procesy starzenia się powodują, że ludzie starzy nie stanowią jednolitej grupy pod względem stanu zdrowia, sprawności fizycznej i psychicznej, a także pod względem sytuacji życiowej, społecznej i ekonomicznej. Uzasadnia to potrzebę podziału czasu starości na mniejsze okresy. Współcześnie stosuje się najczęściej podział na dwa okresy: **wczesną starość** (wiek podeszły, „młodszy starzy”) i **późną starość** (starość właściwa, „starsi starzy”) z granicą w 75 roku życia. Z biologicznego punktu widzenia uzasadnione jest wyodrębnienie grupy osób **długowiecznych** (powyżej 90 roku życia) jako grupy o szczególnych cechach biologicznych i dziedzicznej predyspozycji do długiego życia. Badania gerontologiczne – niezależnie od ich charakteru – powinny uwzględniać podział wieku starszego na podgrupy, aby uniknąć nieuzasadnionych i błędnych uogólnień [Pędich, 1998].

Podane podziały odnoszą się do wieku kalendarzowego (wieku metrykalnego), więc mogą być łatwo konfrontowane z dokumentami stwierdzającymi datę urodzenia. Jednakże przebieg i zaawansowanie procesów starzenia nie zawsze są zgodne z wiekiem kalendarzowym. Z tego względu w gerontologii wyróżnia się takie pojęcia; jak **wiek biologiczny** (określający zaawansowanie starzenia) oraz **wiek czynnościowy** (określający stopień utraty sprawności). Wiek biologiczny oraz wiek czynnościowy ustala się na podstawie konfrontacji biologicznych i sprawnościowych mierników, określających badanego osobnika, z normami fizjologicznymi, ustalonymi dla poszczególnych przedziałów wieku starczego. Porównując wiek metrykalny z wiekiem biologicznym (lub czynnościowym) można wyróżnić **starzenie fizjologiczne** (przebiegające zgodnie z wiekiem metrykalnym), **starzenie przedwczesne** (przebiegające szybciej niż wskazuje wiek metrykalny) oraz **starzenie opóźnione** (charakterystyczne dla osób długowiecznych).

Na przebieg procesów starzenia wpływa nie tylko wrodzony program genetyczny ale także warunki życia i przebyte choroby, dlatego wyróżnia się też **starzenie patologiczne**, tj. starzenie przyspieszone wskutek nakładających się niepomyślnych wpływów zewnętrznych (warunki życiowe) oraz wewnętrznych (choroby, wady odżywiania itp.). Pewnym pojęciem ideału starzenia się jest **starzenie pomyślne**, to jest takie, które nie zostało zaburzone żadnymi negatywnymi wydarzeniami ani też ograniczone niekorzystnymi wpływami genetycznymi. Starzenie pomyślne nie jest jednak równoznaczne z prawdopodobieństwem osiągnięcia gatunkowej długości życia.

Odrębności biologiczne wieku starszego. W miarę postępowania procesów starzenia obniża się sprawność poszczególnych narządów oraz zmniejszają **zdolności adaptacyjne**

organizmu, co z kolei pogarsza rokowanie *quoad vitam* i zwiększa prawdopodobieństwo śmierci.

Starość charakteryzuje się **odmiennością patologii** wielu chorób. Różnice dotyczą fizjopatologii, symptomatologii, przebiegu i rokowania chorób. Zmienia się także sposób reagowania na niektóre leki oraz pogarsza się ich tolerancja. Typowa dla wieku starszego jest **wielochorobowość**, tj. równoczesne występowanie wielu chorób.

Procesy starzenia oraz procesy chorobowe wpływają na zmniejszenie sprawności życiowej, czyli zaawansowanie wieku czynnościowego. **Sprawność życiowa** jest definiowana jako zdolność do wykonywania określonych czynności w granicach, przyjętych za prawidłowe dla człowieka w średnim wieku. Ta definicja odnosi się zarówno do sprawności fizycznej, jak i psychicznej. W gerontologii przyjęte są określone kryteria sprawności życiowej, oparte na utrzymaniu (lub utracie) zdolności do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego (P-ADL – personal activity of daily living) (np. mycie się, ubieranie, przyjmowanie posiłków) oraz wykonywanie złożonych czynności (I-ADL – instrumental activity of daily living) (np. przygotowywanie posiłków, samodzielne robienie zakupów, korzystanie z publicznych środków komunikacji). Wraz z zaawansowaniem wieku maleje sprawność I-ADL, a w późnej starości także P-ADL. Może to prowadzić do zmniejszenia samodzielności i do potrzeby zapewnienia osobom niesprawnym opieki ze strony osób trzecich lub instytucji opiekuńczych.

Brak jest ogólnopolskich badań, dotyczących ADL osób w starszym wieku. W badaniach prowadzonych na podstawie hierarchicznej skali standardowego i instrumentalnego ADL wśród starszych wiekiem mieszkańców Białegostoku w większości przypadków (67%) osoby badane nie były uzależnione w zakresie aktywności dnia codziennego; 24,1% badanych uzależnionych było na poziomie instrumentalnego ADL, a 8,9% w zakresie instrumentalnego i podstawowego ADL [Wojszel, 1997].

Jednym z podstawowych zadań opieki zdrowotnej i socjalnej jest utrzymanie ludzi starych przez jak najdłuższy okres w stanie największej sprawności, samodzielności i niezależności. Postulat utrzymania niezależności (independence) jest jednym z wiodących wymogów współczesnej gerontologii i jednym z zadań szeroko rozumianej opieki nad ludźmi starszymi.

Według danych GUS „odsetek osób niepełnosprawnych (handicaped) wzrasta wraz z wiekiem. W grupie wieku 15–19 lat niepełnosprawna jest co pięćdziesiąta osoba, w grupie 20–29 lat co trzydziesta, w grupie 30–39 lat co siedemnasta, w następnej grupie już co szósta, a w grupie 50–59 lat co trzecia. W wieku 80 lat i więcej prawie połowa ludności (46,5%) jest zaliczona do osób niepełnosprawnych. W poszczególnych grupach wieku, zwłaszcza w młodszych, odsetki osób niepełnosprawnych są wyższe dla mężczyzn niż dla kobiet oraz w miastach są niższe niż na wsi do grupy wieku 60–69 lat. Od wieku 70 i więcej lat odsetek osób niepełnosprawnych jest wyższy w mieście” [GUS, 1997]. Kryteria oceny GUS nie są oparte na wskaźnikach P-ADL oraz I-ADL, to też nie są w pełni kompatybilne z typowymi badaniami gerontologicznymi.

STAN ZDROWIA LUDZI STARYCH

Ocena stanu zdrowia i sprawności ludzi starych w Polsce była przedmiotem kilku przekrojowych analiz. Pierwsze i najbardziej wszechstronne badania zostały przeprowadzone w latach 1967–1968 pod kierunkiem J. Piotrowskiego i oparte są na badaniu ankietowym wylosowanej ogólnopolskiej grupy 2714 osób powyżej 60 roku życia [Piotrowski, 1973].

Następne badania ogólnopolskie, koordynowane przez GUS były oparte na nieco odmiernych i niespójnych między sobą kryteriach, a przez to są jedynie częściowo porównywalne [1982, 1985, 1990].

Rutkiewicz i Czajka wykazali, że samoocena stanu zdrowia w badaniach ankiet Piotrowskiego znajdowała potwierdzenie w przedmiotowym badaniu lekarskim [Rutkiewicz i Czajka, 1970]. Podobną opinię potwierdzają także inne badania. Według opinii GUS „Jednym z najważniejszych czynników demograficznych różnicujących odpowiedzi ludności na temat samooceny stanu zdrowia jest wiek osoby ankietowanej. W miarę przechodzenia od wieku młodzieńczego do starszego zmienia się struktura ocen. W kolejnych grupach wiekowych gwałtownie zmniejszają się oceny najwyższe na korzyść średnich lub wskazujących na występowanie poważnych problemów zdrowotnych. W najstarszej grupie wieku (75 i więcej) zaledwie 9,4% osób ocenia pozytywnie stan swojego zdrowia, 33,1% jako średnio, a ponad połowa (57,5%) negatywnie” [GUS, 1997].

15-letnie longitudinalne badania przeprowadzone przez Barbarę Bień uwiarygodniają zmienny wzrost negatywnych samoocen stanu zdrowia w miarę postępu starości [Bień 1996]. Obok czynników zdrowotnych (dolegliwości, częstość wizyt lekarskich, sprawność), samoocenę stanu zdrowia wpływały również uwarunkowania psychospołeczne (aktywność życiowa, satysfakcja z obecnego życia, sytuacja ekonomiczna, obawa o przyszłość). Jak samoocena stanu zdrowia zależy również od różnych postaci samotności – obiektywnej i subiektywnej [Pędich, Bień, 1981]. Wyrazem postawy wobec starości jest ocena własnego zdrowia w porównaniu ze zdrowiem innych osób w tym samym wieku: wśród starszych wiekiem mieszkańców Białegostoku 18% badanych oceniło swój stan zdrowia jako lepszy niż stan zdrowia ich rówieśników, 18% jako podobny, 33% jako gorszy od swoich rówieśników, natomiast 31% nie miało wyrobionej opinii [Halicka, Pędich, 1997].

Dolegliwości i choroby. Patologia wieku starszego charakteryzuje się wielochorobowością – z wiekiem zmienia się także epidemiologia chorób. W polskiej populacji osób 65 roku życia przeważają choroby układu sercowo-naczyniowego, związane przyczynowo z miażdżycą oraz ich powikłania. Także choroby narządu ruchu są powszechne w populacji osób starszych. Częstość występowania tych chorób jest wyższa wśród osób starych na wsi niż w porównaniu z osobami mieszkającymi w miastach. Wynika to z niedwuznacznego z bardzo ciężkich warunków pracy rolników, jakie były charakterystyczne dla polskiej wsi aż do lat 70. Braku ubezpieczeń zdrowotnych rolników we wczesnym okresie powojennym oraz niedo rozwiniętej infrastruktury placówek służby zdrowia na wsi.

Według opinii GUS „w wieku 15–19 lat choruje przewlekłe prawie co trzecia osoba (28,7%), a w wieku 30–39 lat już ponad połowa ludności (52,3%). W wieku 60 lat i więcej odsetek ten stabilizuje się na poziomie nieco ponad 90% ludności. (...) Niższy odsetek chorujących mężczyzn niż kobiet utrzymuje się w każdym wieku”. Wprawdzie odsetki podane przez GUS wydają się być znacznie przesadzone, zapewne ze względu na stosowane kryteria choroby przewlekłej, to jednak nie ulega wątpliwości, że „w przypadku niemal wszystkich chorób odsetek chorobowości wzrasta wraz z wiekiem” [GUS, 1997]. Należy przy tym podkreślić, że obecność choroby nie jest równoznaczna z ograniczeniem sprawności życiowej ani samodzielności. Właściwa opieka zdrowotna i zabezpieczenie socjalne mogą pozwolić na samodzielną, niezależną bytowanie nawet przy istnieniu przewlekłych procesów chorobowych lub trwałego kalectwa.

Następne badania ogólnopolskie, koordynowane przez GUS były oparte na nieco odmiennych i niespójnych między sobą kryteriach, a przez to są jedynie częściowo porównywalne [GUS, 1982, 1985, 1990].

Rutkiewicz i Czajka wykazali, że samoocena stanu zdrowia w badaniach ankietowych Piotrowskiego znajdowała potwierdzenie w przedmiotowym badaniu lekarskim [Rutkiewicz, Czajka, 1970]. Podobną opinię potwierdzają także inne badania. Według opinii GUS „Jednym z najważniejszych czynników demograficznych różnicujących odpowiedzi ludności na temat samooceny stanu zdrowia jest wiek osoby ankietowanej. W miarę przechodzenia od wieku młodzieńczego do starszego zmienia się struktura ocen. W kolejnych grupach wieku gwałtownie zmniejszają się oceny najwyższe na korzyść średnich lub wskazujących na występowanie poważnych problemów zdrowotnych. W najstarszej grupie wieku (75 lat i więcej) zaledwie 9,4% osób ocenia pozytywnie stan swojego zdrowia, 33,1% jako średni, a ponad połowa (57,5%) negatywnie” [GUS, 1997].

15-letnie longitudinalne badania przeprowadzone przez Barbarę Bień uwiaryściły znamienny wzrost negatywnych samoocen stanu zdrowia w miarę postępu starości [Bień, 1996]. Obok czynników zdrowotnych (dolegliwości, częstość wizyt lekarskich, sprawność) na samoocenę stanu zdrowia wpływały również uwarunkowania psychospołeczne (aktywność życiowa, satysfakcja z obecnego życia, sytuacja ekonomiczna, obawa o przyszłość). Jakość samooceny stanu zdrowia zależy również od różnych postaci samotności – obiektywnej i subiektywnej [Pędich, Bień, 1981]. Wyrazem postawy wobec starości jest ocena własnego zdrowia w porównaniu ze zdrowiem innych osób w tym samym wieku: wśród starszych wiekiem mieszkańców Białegostoku 18% badanych oceniło swój stan zdrowia jako lepszy niż stan zdrowia ich rówieśników, 18% jako podobny, 33% jako gorszy od swoich rówieśników, natomiast 31% nie miało wyrobionej opinii [Halicka, Pędich, 1997].

Dolegliwości i choroby. Patologia wieku starszego charakteryzuje się wielochorobowością – z wiekiem zmienia się także epidemiologia chorób. W polskiej populacji osób po 65 roku życia przeważają choroby układu sercowo-naczyniowego, związane przyczynowo z miażdżycą oraz ich powikłania. Także choroby narządu ruchu są powszechne w populacji osób starszych. Częstość występowania tych chorób jest wyższa wśród osób starych na wsi w porównaniu z osobami mieszkającymi w miastach. Wynika to niedwuznacznie z bardzo ciężkich warunków pracy rolników, jakie były charakterystyczne dla polskiej wsi aż do lat 70., braku ubezpieczeń zdrowotnych rolników we wczesnym okresie powojennym oraz mniej rozwiniętej infrastruktury placówek służby zdrowia na wsi.

Według opinii GUS „w wieku 15–19 lat choruje przewlekłe prawie co trzecia osoba (28,7%), a w wieku 30–39 lat już ponad połowa ludności (52,3%). W wieku 60 lat i więcej odsetek ten stabilizuje się na poziomie nieco ponad 90% ludności. (...) Niższy odsetek chorujących mężczyzn niż kobiet utrzymuje się w każdym wieku”. Wprawdzie odsetki podawane przez GUS wydają się być znacznie przesadzone, zapewne ze względu na stosowane kryteria choroby przewlekłej, to jednak nie ulega wątpliwości, że „w przypadku niemal wszystkich chorób odsetek chorobowości wzrasta wraz z wiekiem” [GUS, 1997]. Należy przy tym podkreślić, że obecność choroby nie jest równoznaczna z ograniczeniem sprawności życiowej ani samodzielności. Właściwa opieka zdrowotna i zabezpieczenie socjalne mogą pozwolić na samodzielne, niezależne bytowanie nawet przy istnieniu przewlekłych procesów chorobowych lub trwałego kalectwa.

POSTAWY PROZDROWOTNE SENIORÓW

Kopczyński i Halik [1997] zwracają uwagę, że „przyczyn wciąż niezadowolającego stanu zdrowia ludności kraju jest wiele, ale istotną negatywną rolę spełnia tu bezsprzecznie niska kultura zdrowotna społeczeństwa”. Ta negatywna opinia jest szczególnie aktualna w stosunku do populacji ludzi starych w Polsce. Wiąże się ona nie tylko z pasywną postawą życiową tej grupy osób, ale także z niższym od ogółu społeczeństwa poziomem wykształcenia oraz z konserwatywnymi poglądami utrwalonymi we wcześniejszych okresach życia, a więc przed kilkudziesięciu laty.

Według badań prowadzonych w Białymstoku ponad 80% osób po 65 roku życia deklaroowało przestrzeganie zasad prawidłowego żywienia. Można jednak przypuszczać, że było to bardziej wyrazem chęci niż praktycznego postępowania. Spożywanie witamin było jedynym elementem postępowania prozdrowotnego, który w okresie dwóch lat (1993-1995) uległ znamiennej zwiększeniu z 53,6% do 68,7% ($p < 0,001$). Około 25% badanych osób podawało pracę w ogródku jako jedyną formę czynnego wypoczynku, 15% deklaroowało uprawianie gimnastyki porannej, jednak odsetek ten wydaje się zawyżony w stosunku do rzeczywistości. [Halicka, Pędich, 1997].

W ostatnich latach położono większy nacisk na promocję zdrowia i profilaktykę procesów starzenia. Wydawane są czasopisma oświatowe, adresowane do ogółu społeczeństwa lub szczególnie do osób starszych, popularyzujące zasady prawidłowego żywienia oraz aktywny tryb życia i wypoczynku. Także radio i telewizja mają udział w kształtowaniu postaw prozdrowotnych, jednak nie zawsze wpływ ten jest obiektywny, ponieważ znajduje się pod naciskiem reklamujących się firm. Pod wpływem działań oświatowych nastąpił wyraźny wzrost spożycia tłuszczów roślinnych w porównaniu z uprzednio bardzo wysoką konsumpcją tłuszczów zwierzęcych. Trzeba jednak pamiętać, że ograniczone zasoby finansowe emerytów w wielu wypadkach ograniczają możliwości realizowania zasad zdrowego żywienia. Palenie papierosów i konsumpcja alkoholu są nadal wysokie, nawet u osób w zaawansowanej starości.

STRUKTURA OPIEKI ZDROWOTNEJ

W realizowanym w ostatnim 10-leciu systemie ochrony zdrowia ludzie starzy mieli formalnie zagwarantowane takie same prawa bezpłatnej opieki zdrowotnej, jakie przysługują wszystkim obywatelom Polski. Obejmowały one bezpłatną dostępność do otwartych i zamkniętych placówek służby zdrowia oraz uzyskiwanie częściowej rekompensaty za przepisane leki niezależnie od wieku pacjenta. Podstawowa opieka zdrowotna była zapewniana przez lekarzy rejonowych (w ostatnich latach przemianowanych na lekarzy rodzinnych), zaś leczenie szpitalne zapewniane przez szpitale różnych szczebli, w ramach rejonizacji. Ta struktura opieki zdrowotnej, przejęta z niewielkimi modyfikacjami ze struktury socjalistycznej służby zdrowia i finansowana w całości z budżetu państwa, nie odpowiadała wymogom współczesnej medycyny i powodowała rosnące zadłużenie placówek ochrony zdrowia. Niedobory finansowe placówek służby zdrowia powodowały obciążanie pacjentów mniejszymi lub większymi kosztami, zależnie od lokalnej kondycji danej placówki.

Nasililo się zubożenie placówek służby zdrowia i wzrosło obciążenie finansowe pacjentów. Według opinii losowo wybranej próby mieszkańców Polski dotyczącej lat 1989–1996 „aż 16% ankietowanych respondentów potwierdziło fakt wnoszenia przez członków rodziny nieoficjalnych opłat w placówkach państwowej służby zdrowia. Koszty te obejmowały zarówno kwoty, które zostały ofiarowane placówce medycznej całkowicie dobrowolnie, jak

i te, do których pacjenci zostali w różnorodny sposób przymuszeni” [Kopczyński, Halik 1997]. Zjawisko to autorzy określili eufemistycznie jako „spontaniczną komercjalizację świadczeń zdrowotnych”.

Cofnięto emerytom (z wyjątkiem inwalidów wojennych) przywilej bezpłatnych leków. Odpłatność za leki jest częściowo refundowana z budżetu państwa, ale nie ma żadnych różnic w stopniu tej refundacji pomiędzy osobami pracującymi i emerytami. Ceny leków nie są obecnie regulowane i dlatego podlegają zasadom wolnego rynku; koszty związane z zakupieniem leków stanowią w wielu przypadkach poważne obciążenie finansowe dla osób starszych, utrzymujących się z emerytury. W tym zakresie sytuacja emerytów uległa wyraźnemu pogorszeniu. Według danych GUS za rok 1996 „co czwarta rodzina nie realizowała recept lub nie wykupywała zalecanych leków, co trzecia nie leczyła zębów, co piąta zrezygnowała z badań specjalistycznych” [GUS, 1997]. Dane te odnoszą się do osób w różnym wieku. Można więc założyć, że w odniesieniu do osób w wieku emerytalnym proporcje te są jeszcze bardziej niekorzystne. Według innych źródeł GUS tylko 12% emerytów i rencistów ocenia swoją sytuację ekonomiczną jako raczej dobrą, 54% jako średnią i 34% jako złą [GUS, 1996].

Wprowadzone od 1 stycznia 1999 r. nowe zasady ubezpieczenia zdrowotnego oraz ich realizacja w ramach struktur kas chorych, miały usunąć wskazane wyżej nieprawidłowości, a przede wszystkim uregulować zasady rekompensaty finansowej za świadczone usługi zdrowotne. Niestety dotychczasowe obserwacje wskazują na wiele usterek i nieprawidłowości nowego systemu. Wydaje się, że kasy chorych obciążone są nadmiernym biurokratyzmem, nowy system opieki zdrowotnej budzi negatywne opinie społeczne, zaś zasady finansowania placówek ochrony zdrowia oraz wynagradzania personelu medycznego są przyczyną wielu sporów i protestów.

Polityka społeczna oraz wprowadzana w Polsce reforma ochrony zdrowia nie biorą pod uwagę interesów dominującej grupy pacjentów, jaką stanowią ludzie w starszym wieku [Pędich, 1998]. Zarówno placówki leczenia otwartego, jak i szpitale nie są odpowiednio przygotowane, aby realizować potrzeby ludzi starych. Organizacja opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi jest zaprzeczeniem zasad współczesnej gerontologii i pozostaje w sprzeczności z prognozami demograficznymi dla naszego kraju.

DZIAŁALNOŚĆ OPINIODAWCZA POLSKIEGO TOWARZYSTWA GERONTOLOGICZNEGO

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne zwracało wielokrotnie uwagę na potrzebę uwzględnienia problemów i potrzeb ludzi starych przy reorganizowaniu systemu ochrony zdrowia. W listopadzie 1990 r. zespół ekspertów PTG opracował „Projekt systemu opieki geriatrycznej”, w którym przedstawiono i rozwinięto 6 tez dotyczących zasad opieki nad osobami starszymi: 1. Opieka geriatryczna powinna mieć charakter kompleksowy i zaspokajać potrzeby medyczne, socjalne i inne. 2. System geriatrycznej opieki zdrowotnej powinien być oparty na powszechnym systemie ochrony zdrowia i należy go realizować przede wszystkim w placówkach leczenia otwartego. 3. Zasadniczym celem opieki geriatrycznej jest utrzymanie człowieka starego w jego środowisku życiowym i możliwie w stanie największej samodzielności. 4. Medyczna opieka nad ludźmi starymi powinna mieć charakter aktywny, wychodząc naprzeciw indywidualnym potrzebom tych osób. 5. System opieki geriatrycznej powinien być wielostronny, elastyczny i interdyscyplinarny. 6. Opieka nad człowiekiem

starym powinna być finansowana z wielu źródeł, tj. publicznych, komunalnych, społecznych i prywatnych.

Tezy podkreślały konieczność kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad człowiekiem starszym, zaś w zakresie opieki zdrowotnej postulowały oparcie tej opieki na powszechnym systemie służby zdrowia, jednak z przystosowaniem struktur placówek ochrony zdrowia do specyficznych potrzeb pacjentów w starszym wieku. W tej ekspertyzie omówiono szczegółowo proponowane rozwiązania organizacyjne, w tym także problemy szkolenia kadr medycznych w zakresie geriatrii oraz problemy współdziałania systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Zwrócono także uwagę na rażące niedobory w zakresie rehabilitacji i profilaktyki geriatrycznej. Ministerstwo Zdrowia przyjęło raport Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, jednak nigdy nie podjęło rozmów na temat przedstawionych tez.

W grudniu 1991 r. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne przygotowało następną ekspertyzę pt. „Program kształcenia lekarza domowego z zakresu gerontologii i geriatrii”. Opracowanie ekspertyzy wynikało z nowej koncepcji Ministerstwa Zdrowia, aby podstawową opiekę zdrowotną nad całą ludnością, niezależnie od wieku, sprawowali lekarze rodzinni. W dwa lata później, aby podkreślić znaczenie właściwego przygotowania lekarzy rodzinnych do pracy z pacjentami w starszym wieku, opracowano trzecią ekspertyzę pt. „Wskazówki metodyczne do kształcenia lekarzy rodzinnych z zakresu gerontologii i geriatrii”. Ekspertyza wskazywała na tematy, które powinny być uwzględnione w kształceniu lekarzy rodzinnych oraz przedstawiała szczegółowy program i metodykę szkoleń. Niestety opracowane w Ministerstwie Zdrowia programy specjalizacji lekarzy rodzinnych uwzględniły jedynie kilka z proponowanych tematów, bez ich odniesienia do demograficznych i społeczno-ekonomicznych uwarunkowań problemów zdrowotnych ludzi starych.

Wymienione ekspertyzy nie wywarły praktycznego wpływu na program restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej ani na kierunki kształcenia kadr medycznych. Podobnie bezskuteczne były starania i postulaty wysuwane przez Kolegium Lekarzy Geriatrów, reprezentujące tę grupę specjalistów.

ADAPTACJA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA DO POTRZEB LUDZI STARYCH – POSTULATY PTG

Zarówno w lecznictwie otwartym, jak i w zamkniętym, ludzie starzy stanowią przeważającą grupę pacjentów wszystkich specjalności medycznych (z wyjątkiem pediatrii i położnictwa). W placówkach lecznictwa podstawowego pacjenci w wieku starszym stanowią 60–80% ogółu zgłaszających się. W oddziałach szpitalnych od kilkudziesięciu lat obserwuje się stopniowy wzrost odsetka osób po 60 roku życia. Dotyczy to oddziałów wszystkich specjalności, a szczególnie chorób wewnętrznych, urologii i okulistyki. Pod naporem zjawisk demograficznych wszystkie dziedziny medycyny ulegają stopniowej geriatryzacji, stając się swego rodzaju „medycyną geriatryczną”.

Założenia opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi powinny uwzględniać odmiennność patologii wieku starczego i spełniać postulaty powszechności, długotrwałości, dostępności i jakości. **Powszechność** oznacza adaptację całego systemu ochrony zdrowia do potrzeb ludzi starych jako głównych konsumentów świadczeń medycznych. Postulat **długotrwałości** opieki zdrowotnej wynika z faktu, że starzenie jest zjawiskiem długofalowym, a w patologii osób starych przeważają przewlekłe procesy chorobowe. **Dostępność** opieki powinna być rozumiana jako dostępność fizyczna (lokalizacja placówek służby zdrowia, likwidacja barier architektonicznych itp.) i dostępność ekonomiczna (odpłatność za koszty diagnostyki i lecze-

nia, sprawny system łączenia pomocy medycznej i społecznej). **Jakość opieki** nad ludźmi starymi wymaga odpowiednich kwalifikacji zawodowych lekarzy i pielęgniarek (szkolenie podyplomowe z zakresu specyfiki patologii wieku starszego), odpowiedniego systemu ochrony zdrowia, wreszcie odpowiednich poczynań prewencyjnych zmierzających do jak najdłuższego zachowania sprawności fizycznej i psychicznej ludzi starych. System opieki nad ludźmi starymi powinien też zapewniać koordynację działań opiekuńczych, dotyczących nie tylko ochrony zdrowia ale także szeroko rozumianej pomocy społecznej. Jest to postulat szczególnie istotny wobec separacji resortu zdrowia i resortu opieki społecznej.

1. **Podstawowa opieka zdrowotna.** Właściwą placówką sprawowania podstawowej opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi jest **gabinet lekarza rodzinnego**, wyszkolonego w zakresie odmienności postępowania z pacjentami w starszym wieku. Lekarz rodzinny powinien być „geriatrą pierwszej linii”, dobrze znającym sytuację środowiskową (rodzinną, warunki bytowe) pacjenta. Dostęp starszego człowieka do lekarza rodzinnego powinien być łatwy zarówno w przypadku konieczności uzyskania porady ambulatoryjnej, jak i lekarskiej porady domowej. Lokalizacja gabinetu lekarza rodzinnego nie powinna stwarzać barier architektonicznych utrudniających dotarcie starszemu, niesprawnemu człowiekowi. Opieka lekarska powinna mieć charakter czynny, tzn. nie powinna ograniczać się jedynie do wizyt u lekarza, zależnych od woli samego pacjenta. Lekarz rodzinny powinien przeprowadzać także okresowe badania kontrolno-profilaktyczne pacjentów w podeszłym wieku.

Opieka nad człowiekiem starym w zdrowiu i chorobie powinna mieć charakter **interdyscyplinarny**. Lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w starszym wieku powinien współpracować z innymi profesjonalistami, przede wszystkim pielęgniarzami i pracownikami socjalnymi. Realizacja opieki wymaga sprawnych metod współpracy i przekazywania informacji oraz odpowiedniej koordynacji działań. Z uwagi na częstość występowania różnego rodzaju zaburzeń psychicznych (w tym demencji, depresji) ważne jest także zorganizowanie na szczeblu opieki podstawowej środowiskowej opieki psychogeriatrycznej.

Ludzie starzy są **głównymi konsumentami leków**, ponieważ częściej są obarczeni wieloma chorobami przewlekłymi, wymagającymi systematycznego, stałego przyjmowania co najmniej kilku preparatów farmaceutycznych. Nie powinni więc napotykać na takie trudności finansowe, które stawiają ich przed koniecznością wyboru między lekiem a innymi niezbędnymi wydatkami. Wiek nie powinien też być przeszkodą (administracyjną ani finansową) w dostępie do badań diagnostycznych.

Ważnym elementem podstawowej opieki nad ludźmi starszymi jest zapewnienie im dostępności do **placówek rehabilitacji leczniczej** oraz możliwość rehabilitacji domowej. W przeciwdziałaniu utracie samodzielności i uzależnieniu istotna jest także możliwość uzyskania pomocy w adaptacji mieszkań do potrzeb, wynikających z niesprawności starszego człowieka oraz pomocy usługowej, rekompensującej utratę sprawności w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego (sprzątanie, przygotowywanie posiłków itd.). Jest to jeden z istotnych kierunków współpracy służby zdrowia i służb socjalnych.

W wielu krajach centralną postacią w organizowaniu opieki zdrowotnej nad człowiekiem starym w jego środowisku jest **pielęgniarka**, zaś częstość odwiedzin pielęgniarskich w domach starszych pacjentów przewyższa liczbę wizyt lekarskich. W Polsce sytuacja przedstawia się odmiennie: liczba domowych porad lekarskich przekracza znacznie liczbę odwiedzin pielęgniarki środowiskowej. Pielęgniarka ma ważne zadania zarówno w przypadku osób starszych zdrowych i sprawnych (edukatorki zdrowotne), jak i w przypadku wystąpienia ostrego zachorowania (doraźna opieka domowa) lub chorób przewlekłych (organizacja opieki domowej). Większe uczestnictwo personelu pielęgniarskiego w środo-

wiskowej opiece nad człowiekiem starym obniżałoby ogólne koszty opieki zdrowotnej i mogłoby poprawić jakość tej opieki.

W badaniach socjologicznych, prowadzonych w Polsce niezmiennie uzyskuje się opinię, że rodzina stanowi główne źródło pomocy w przypadkach obłożnej choroby lub niekorzystnych wydarzeń losowych. Większość osób w wieku emerytalnym mieszka wspólnie z rodziną. Taka sytuacja mieszkaniowa jest wprawdzie niedogodnością, jednak stanowi czynnik sprzyjający zapewnieniu opieki nad ludźmi starymi niesprawnymi ze strony młodszych członków rodziny. W rozważaniach nad systemem opieki zdrowotnej jest to element istotny.

System opieki środowiskowej powinien pozwalać na wyrównanie upośledzeń przewlekle chorego lub niesprawnego starszego człowieka. Obejmować powinien opiekę medyczną oraz szeroko rozumianą pomoc społeczną, świadczoną przez ośrodki pomocy rodzinie jak też przez opiekunów nieformalnych, tj. rodzinę, sąsiadów, wolontariuszy. Istotna jest znajomość wzajemnych możliwości i kompetencji, co skutkować będzie odpowiednim poziomem świadczonych usług.

2. Specjalistyczna opieka medyczna. Choroby wieku starszego zarówno ze względu na trudności diagnostyczne, jak i na mniej pomyślny przebieg wymagają najczęściej odpowiedniego leczenia specjalistycznego. Potrzeba konsultacji specjalistycznych nie ogranicza się do chorób wewnętrznych, ale dotyczy także innych specjalności. Nie powinny istnieć bariery administracyjne utrudniające ludziom starym uzyskanie pomocy ze strony lekarzy specjalistów.

Specjalistyczne zadania lekarzy geriatrów. Obecna sytuacja demograficzna wymaga, aby wszystkie kierunki medycyny były przystosowane do potrzeb ludzi starych, natomiast geriatria jako jedna ze specjalności medycznych powinna znaleźć określone miejsce w strukturze ochrony zdrowia.

Jest pewnego rodzaju paradoksem, że struktura służby zdrowia nie uwzględnia potrzeby organizowania placówek geriatrycznych, mimo że już w latach 60. wprowadzono możliwość specjalizacji z geriatrii. Pierwotnie miejscem zatrudnienia tych lekarzy miały być głównie zakłady pomocy społecznej, znajdujące się w administracji ministerstwa zdrowia. Rozdział resortów zdrowia i pomocy społecznej oraz zmiany podległości finansowej i administracyjnej placówek służby zdrowia i placówek pomocy społecznej wprowadziły pewien zamęt organizacyjny. Dotyczy on także właściwego miejsca pracy wyspecjalizowanych lekarzy geriatrów, którzy nie znajdują określonego miejsca ani w obecnie wprowadzanej strukturze służby zdrowia, ani w placówkach pomocy społecznej. Liczba lekarzy specjalistów geriatrii w Polsce sięga ok. 100 osób, zatrudnionych w większości poza specjalistyczną opieką geriatryczną, tak więc określenie ich zadań w nowych warunkach organizacyjnych jest sprawą istotną i pilną. Podobnie pilną sprawą jest przystosowanie zasad specjalizacji z geriatrii do programów przyjętych w państwach Unii Europejskiej.

Głównym celem **środowiskowej opieki geriatrycznej** jest utrzymanie sprawności ludzi starych i umożliwienie im samodzielnego pozostawania w naturalnym środowisku życiowym. Geriatryczne placówki lecznictwa otwartego powinny realizować te cele poprzez następujące kierunki działania: prowadzenie rozpoznania środowiskowego osób o zwiększonym ryzyku przedwczesnego starzenia, promocję zdrowia i profilaktykę przedwczesnego starzenia, konsultacje geriatryczne dotyczące specyfiki patologii starszego wieku, orzecznictwo inwalidzkie okresu przedemerytalnego, prowadzenie poradni geriatrycznych w ramach przychodni specjalistycznych powiatowych lub regionalnych. Powstawanie takich

placówek i zatrudnianie w nich lekarzy geriatrów jest w pełni uzasadnione, jednak napotyka na duże opory ze strony organizatorów służby zdrowia i kas chorych.

3. Lecznictwo szpitalne. Od wielu lat obserwuje się wzrost odsetka osób starych w oddziałach szpitalnych wszystkich specjalności (oczywiście z wyjątkiem pediatrii) [Pędich, Smolski, 1976]. Na wielu oddziałach chorób wewnętrznych, urologii, okulistyki pacjenci w wieku starszym stanowią większość leczonych. Napór pacjentów w starszym wieku na leczenie szpitalne wynika zarówno z charakteru chorób wieku starszego, jak i z przyczyn ekonomicznych. Obecnie jedynie leczenie szpitalne zwalnia pacjentów z potrzeby pokrywania kosztów badań diagnostycznych i leków.

Zasadniczo pacjenci niezależnie od wieku powinni być kierowani i leczeni w szpitalach szczebla podstawowego, wg istniejących wskazań. Nie powinny też występować trudności hospitalizacji motywowane wiekiem pacjenta. Niezależnie od tej zasady istnieje potrzeba organizowania w szpitalach szczebla podstawowego **oddziałów geriatrycznych**, ukierunkowanych na kompleksową diagnostykę i terapię geriatryczną oraz usprawnianie osób starych po przebytej ostrej chorobie leczonej wcześniej na innym oddziale szpitalnym. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne w ekspertyzie opracowanej na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej [PTG, 1990] proponowało organizowanie zależnie od potrzeb dwojakiego rodzaju oddziałów geriatrycznych: **oddziałów rehabilitacji geriatrycznej**, ukierunkowanych na wczesny okres rehabilitacji szpitalnej ludzi starych, oraz **oddziałów przedłużonej rekonwalescencji**, ukierunkowanych na przedłużający się pobyt osób starych po zakończeniu leczenia na oddziałach szpitalnych innych specjalności. Oddziały geriatryczne szpitali muszą dysponować liczniejszym personelem pielęgniarskim oraz należy je wyposażać w odpowiedni sprzęt inwalidzki ze względu na ograniczoną sprawność pacjentów. Z placówek tych osoby starsze powinny wracać do domu **odpowiednio zaadaptowanego** do ich stanu zdrowia i sprawności. W swym założeniu oddziały geriatryczne nie są równoważne z oddziałami dla przewlekle chorych ani z oddziałami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, przeznaczonymi dla pacjentów nierokujących szybkiej poprawy stanu zdrowia lub wyleczenia.

W akademiach medycznych oraz w dużych ośrodkach pozaakademickich potrzebne są także **kliniki geriatrii** (oddziały gerontologii klinicznej) lub **wielospecjalistyczne ośrodki geriatryczne** przeznaczone zarówno do celów diagnostyki i terapii geriatrycznej, jak też do celów dydaktycznych (szkolenie podyplomowe lekarzy rodzinnych z zakresu geriatrii, specjalizacja z geriatrii). Wiodącą rolę w rozwoju gerontologii i geriatrii powinien mieć krajowy Instytut Gerontologii i Geriatrii.

PODSUMOWANIE

W pierwszych latach obecnych przemian ustrojowych w Polsce ukazała się w 1991 r. ekspertyza – Euro-Social Report pt. „The elderly and social policy in Poland”, w której autorki, opierając się na danych z lat 1989–1990, przedstawiły pesymistyczny obraz sytuacji ludzi starych w Polsce oraz krytyczną ocenę dotychczasowego systemu opieki. Autorki pisały: „Polityka społeczna wobec ludzi starych w Polsce opiera się na kilku nieskoordynowanych poczynaniach, które przynoszą zarówno zamierzone, jak i niezamierzone rezultaty” [Hryniewicz, Staręga-Piasek, Supińska, 1991]. W tym samym okresie Szatur-Jaworska oceniła, że „ludzie starsi jako całość nie są podmiotem polityki społecznej w Polsce” [Szatur-Jaworska, 1991]. Po 7 latach przemian ustrojowych, w 1997 r. w referacie przedstawionym na posiedzeniu Komitetu Polityki Społecznej PAN stwierdziłem, że „na pytanie czy istnieje

w Polsce polityka społeczna wobec ludzi starych przyjdzie dać odpowiedź negatywną” [Pędich, 1997].

Przedstawiona powyżej analiza wskazuje, że nadal polityka społeczna (w tym polityka zdrowotna) nie uwzględnia w wyraźny sposób potrzeb ludzi starych. Nie znajdują one odbicia w proponowanych i wdrażanych nowych zasadach opieki zdrowotnej, ograniczają dotychczasowe przywileje emerytów i rencistów oraz kierują większość środków budżetowych na cele odległe od potrzeb ludzi starych.

Wobec tej sytuacji staje się konieczne silniejsze zwrócenie uwagi na problemy osób starszych. Główną rolę w opiece medycznej nad ludźmi starszymi ma spełniać lekarz podstawowego leczenia (lekarz rodzinny, lekarz pierwszego kontaktu) jako swoisty „geriatra pierwszej linii”, zaś lekarz specjalista geriatry powinien realizować zadania „konsultanta w sprawach starzenia”. Szczególnym zadaniem lekarza geriatry powinno być prowadzenie badań profilaktycznych osób zagrożonych przedwczesnym starzeniem, doradztwo dotyczące polityki zdrowotnej wobec ludzi starych w regionie oraz kwalifikowanie ludzi starszych do szczególnych form opieki stacjonarnej i specjalistycznej.

Jednak w Polsce nie prowadzi się określonej polityki zdrowotnej w stosunku do ludzi starych, dlatego też nie ma w nowej strukturze opieki zdrowotnej określonego miejsca dla lekarza geriatry. Rzeczywistość spycha go na straconą pozycję opieki nad przewlekle chorymi i opieki nad pensjonariuszami domów pomocy społecznej. Większość akademii medycznych nie posiada w programie studiów lekarskich przedmiotu „gerontologia” lub „geriatria”. Nowe polskie przepisy dotyczące specjalizacji lekarzy znacznie ograniczają i w praktyce uniemożliwiają specjalizację lekarzy geriatrów (na cały kraj przewidziano jedynie 5 rezydentur na specjalizację z geriatrii). Zresztą nie ma dla nich określonych miejsc zatrudnienia.

Jednocześnie los ludzi starych w naszym kraju pogarsza się. Wzrasta strefa ubóstwa, pogarszają się wskaźniki zdrowotne, obecny system refundacji leków uniemożliwia emerytom dostęp do nowoczesnych środków farmakologicznych. Jak ostatnio napisała Bogna Wachelko-Żakowska „Osoby niesprawne w późnej starości żyją poza sferą świadczeń kas chorych i poza granicami możliwości pomocy społecznej. Choroby zepchnęły ich w przepaść dzielącą politykę ochrony zdrowia od polityki społecznej” [Wachelko-Żakowska, 2000]. System opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi w Polsce jest więc **zaprzeczeniem zasad współczesnej gerontologii** i pozostaje w sprzeczności z prognozami demograficznymi dla naszego kraju.

PIŚMIENNICTWO

1. Bień B.: Wpływ pozaontogenetycznych uwarunkowań starzenia na zdrowotną i psychosocjalną sytuację ludzi starych: 15-letnie przekrojowo-sekwencyjne badania kohortowe ludzi starych w Białymstoku. AM, Białystok 1996.
2. GUS: Gospodarstwa domowe - wybrane elementy warunków życia ludności w I półroczu 1996. GUS, Warszawa 1996.
3. GUS: Rocznik statystyczny demografii. GUS, Warszawa 1997.
4. GUS: Rocznik statystyczny. GUS, Warszawa 1999.
5. GUS: Stan zdrowia ludności Polski w 1996 roku. GUS, Warszawa 1997.
6. GUS: Sytuacja bytowa ludzi starszych w 1985 roku. GUS, Warszawa 1985.
7. GUS: Sytuacja bytowa ludzi starszych w 1989 roku. GUS, Warszawa 1990.
8. GUS: Sytuacja życiowa osób starych. GUS, Warszawa 1982.
9. Halicka M., Pędich W.: Działania samopomocowe ludzi starszych. AM, Białystok 1997.

10. Hryniewicz J., Starega-Piasek J., Supińska J.: The elderly and social policy in Poland. An Analysis on the national level.- EURO-Social Report, 1991, 4/1, 59-72.
11. Kopczyński J. i Halik J.: Zdrowie ludności i jego ochrona. W: Społeczeństwo polskie w latach 1989-1995/96. A. Rajkiewicz (red.). Wyd. Fundacja im. F. Eberta, Warszawa 1997.
12. Pędich W., Bień B.: Influence of psycho-social factors on the living conditions and health status of the elderly people. W: Psycho-social factors. Belgian-Polish Week. Ministry of Public Health and Family, Brussels, 1981, 103-111.
13. Pędich W., Halicka M.: Analiza wieku i płci osób zmarłych w końcu XIX wieku i obecnie w parafii katolickiej iałegostoku. Gerontol Pol 1995, 3 (3/4), 33.
14. Pędich W., Smolski T.: Rola szpitali w leczeniu i rehabilitacji ludzi starych. Zdr Pub 1976, 87 (2), 107-113.
15. Pędich W.: Czy w Polsce istnieje polityka społeczna wobec ludzi starych? W: Przeobrażenia demograficzne kraju i ich konsekwencje dla polityki społecznej. L. Frąckiewicz (red.). Akad. Ekon., Katowice 1998, 73-88.
16. Pędich W.: Specyfika badań środowiskowych populacji ludzi starych; niehomogenność wieku i środowiska. W: Reformy społeczne i zagrożenia ich realizacji. L. Frąckiewicz, W. Koczura (red.). Akad. Ekon., Katowice 1998, 27-32.
17. Piotrowski J.: Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie. PWN, Warszawa 1973.
18. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne: Projekt systemu opieki geriatrycznej. Ekspertyza dla Ministerstwa Zdrowia, Warszawa - Białystok 1990 (materiały niepublikowane).
19. Rutkiewicz J., Czajka E.: Health and fitness of elderly people in light of clinical investigations. W: Old people in Poland. J. Piotrowski (red.). SGP, Warszawa 1970.
20. Szatur-Jaworska B.: Społeczna kwestia ludzi starszych. W: Społeczne kwestie starości. Red. B. Rysz-Kowalczyk. Wyd. OBS, Warszawa 1991, 7-32.
21. Szukalski P.: Proces starzenia się społeczeństw Europy: spojrzenie perspektywiczne. Gerontol Pol 1998, 6 (2), 51.
22. Wojszel B.: Badania korelacji między stanem zdrowia i sprawnością psycho-fizyczną ludzi starych a ich zaangażowaniem w działalność samopomocową i pracę wolontarną. AM, Białystok 1997 (rozprawa doktorska).
23. Żakowska-Wachelko B.: Zarys medycyny geriatrycznej. PZWL, Warszawa 2000.